

ご利用の際はこの用紙にご記入ください

利用日：西暦 年 月 日()	
児童名	年齢 才 ヶ月

ご登録時または前回利用時から変わったことについてお聞きします。

■該当する箇所のみご記入ください

住所/	新住所
連絡先の変更	新連絡先
けいれんがあった	西暦 年 月 日⇒発熱を伴いましたか？はい・いいえ
アレルギー 食品・薬品	新たに増えたものの品目
入院を伴う 怪我・事故	西暦 年 月 日～ 年 月 日 病名又は怪我の箇所()
次の病気に罹った	<input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ
その他、連絡しておきたい事	

■医療機関に受診されている方はご記入ください

いつどこで受診されましたか	月 日 医療機関名()
診断名は何でしたか？	<input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 咽頭炎-上気道炎 <input type="checkbox"/> 胃腸炎・胃腸風邪 <input type="checkbox"/> その他()
薬は処方されましたか？	<input type="checkbox"/> はい⇒お薬手帳を持参下さい <input type="checkbox"/> いいえ

■該当する薬がある場合にはご記入ください

<input type="checkbox"/> 内服薬の使用	前夜(時頃) 当日朝(時頃)
薬品名	
<input type="checkbox"/> 吐き気止めの使用	内服・座薬 ⇒使用した時間(時頃)
<input type="checkbox"/> けいれん止めの使用	内服・座薬 ⇒使用した時間(時頃)
<input type="checkbox"/> 解熱剤の使用	内服・座薬 ⇒使用した時間(時頃)
<input type="checkbox"/> ホクナリンテープの使用	時 (背・腹・)
<input type="checkbox"/> 外用薬の使用	薬品名()部位()
点眼・軟膏等	時間(時)次回予定(時)
<input type="checkbox"/> その他使用した薬剤が あればご記入ください	薬名() (時頃)

■本日のお迎え時間(:) 平熱 °C				
■お迎えに来られる方() お子さまとの関係()				
■通っている園で流行中の病気はありますか？ 無・有()				
時刻		家庭での様子	たんぽぽでの様子	時刻
19	鼻汁	多 少 無	多 少 無	7
	咳	多 少 無	多 少 無	8
20	喘鳴	多 少 無	多 少 無	
	発疹	無・有()	無・有()	
21	かゆみ	無・有()	無・有()	
	嘔吐	無・有()回	無・有()回	
22	便	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 回数()	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 回数()	
23	尿	多 普通 少	多 普通 少	
24	食事	夕食	昼食	
		朝食	おやつ	
1	機嫌	良 普通 悪	良 普通 悪	
2	体温	昨夜 °C	AM °C	
		今朝 °C	PM °C	
3	睡眠	良 不眠	良 不眠	
4	お病 子気 様の の経 様過 子			
5				
6				